MODE D'EMPLOI DES FICHES SIGNALETIQUES

SOMMAIRE

1. POURQUOI UNE FICHE ? 2
2. COMMENT LIRE LA FICHE ? 2
3. PRESENTATION DE L'INDICATEUR 2
4. LE CADRE D'EVALUATION 3
   - Faisabilité 3
   - Qualité métrologique 4
     - Fiabilité 4
     - Validité 4
     - Ajustement 5
   - Pertinence 6
     - Au niveau des résultats 6
     - Au niveau des actions engagées 7
5. EXEMPLE : MODELE DE FICHE SIGNALETIQUE 8
6. REFERENCES 9

© 2006 Tous droits réservés

Ce document présente les fiches évaluant les indicateurs testés dans le cadre du projet COMPAQH. Ces fiches sont nommées « fiches signalétiques ». Elles rassemblent les connaissances obtenues à la suite des tests établis afin de valider les indicateurs du projet. Cette note donne les explications dans l'emploi de cette fiche.

1. POURQUOI UNE FICHE ?

La fiche signalétique repose sur le besoin de présenter les éléments de preuve validant l'indicateur. De cette manière, elle permet d'émettre une recommandation en faveur de sa généralisation, sachant que certains éléments restent dépendants du processus de généralisation adopté. Elle se compose d'un tableau synthétique dit « tableau résumé », d'un descriptif complémentaire, et d'annexes présentant les résultats. Elle a vocation à être actualisée en fonction des nouveaux résultats obtenus.

2. COMMENT LIRE LA FICHE ?

Un système de cotation s'applique à chacun des critères de l'évaluation. Si le test donne un résultat positif, une évidence se dégage, elle est cotée +/+. Si des doutes subsistent sur les résultats, l'évidence est moindre, elle est cotée +/-. Si des résultats négatifs sont obtenus (aucune évidence), l'évaluation est cotée -/-.

Si le test ne s'applique pas à l'indicateur, le sigle NA apparaît. Si le test s'applique mais n'a pas encore été réalisé, le sigle NR est formulé. Enfin, si le test peut s'appliquer mais n'est pas justifié le sigle NJ apparaît. Dans certains cas, le système de cotation nécessite plus de précisions.

La recommandation finale est déduite de ces évaluations.

3. PRESENTATION DE L'INDICATEUR

La fiche signalétique commence par une présentation succincte de l'indicateur. Il est rappelé sa définition, son mode de calcul (dans le cas d'un indicateur de proportion) et l'objectif prioritaire auquel il appartient.

Les indicateurs sont classés en 2 catégories : les indicateurs de résultat (l'efficacité clinique exprimée en termes de mortalité/morbidité, la sécurité, et la qualité perçue par le patient et son entourage) et de processus (les pratiques professionnelles, les aspects organisationnels, les systèmes d'information et les politiques de gestion de la qualité).

Ajouté à cela, l'indicateur peut être de 3 natures différentes :

- Exprimé en valeur relative : proportion, ratio ou score. Un score est un calcul de conformité sur plusieurs items. Cette conformité est d'abord calculée au niveau de l'individu (nombre de oui / nombre oui+non (hors les Non Applicable)), et l'indicateur correspond à la moyenne sur tous les individus de l'établissement ;
- Exprimé en valeur absolue : délai ;
- Synthétique multi-items.

Enfin, il est précisé le mode de classement inter-établissements recommandé, testé par l'équipe de coordination du projet COMPAQH.

© 2006 Tous droits réservés

4. LE CADRE D'EVALUATION

Cette fiche évalue l'indicateur selon 3 dimensions: la faisabilité, la qualité métrologique, et enfin la pertinence.

Faisabilité

La faisabilité [1] est définie comme la capacité d'un établissement à collecter les données nécessaires à la production de l'indicateur d'une manière autonome.

Elle s'appuie sur les tests suivants :

- Analyse de la « Grille faisabilité » codée par les ARC, en collaboration avec l'établissement pour chaque indicateur. Dans certains cas, des analyses plus spécifiques sont engagées (cas des infections nosocomiales).

Faisabilité	
+/+	Moins de 5% de problèmes de faisabilité rencontrés
+/-	Entre 5% et 15% de problèmes de faisabilité rencontrés
-/-	Plus de 15% de problèmes de faisabilité rencontrés

- Évaluation de la charge de travail.

La mesure du temps écoulé pour réaliser la collecte des données est objectivée lorsque possible. Par exemple, dans le cas des 5 indicateurs relatifs au dossier du patient le décompte suivant a été réalisé.

Evaluation du temps passé pour réaliser les 5 indicateurs relatifs au dossier du patient au sein d'un établissement de santé.

Activité	**Durée (en jours)**
Tirage au sort	0,5
Sortie des archives des dossiers	2
Recueil	5
Saisie	1
Contrôle de la qualité des données/Coordination	1
Total	**9,5 jours**

© 2006 Tous droits réservés

Qualité métrologique

La qualité métrologique [2] repose sur deux dimensions essentielles : la fiabilité et la validité. Chaque dimension possède différentes facettes. En outre, nous considérons une troisième dimension relative aux besoins d'ajustement de l'indicateur.

Fiabilité

Une mesure est considérée comme fiable si elle produit des résultats constants lorsqu'elle est appliquée de façon répétitive sur un même phénomène. Les sources d'erreur qui peuvent affecter la fiabilité des mesures sont nombreuses. Elles peuvent venir de l'outil de collecte, de la personne qui fournit l'information, de la façon dont celle-ci est demandée, du moment de la demande, etc.

Au nom de la fiabilité, on distingue la stabilité et la cohérence interne :

- Stabilité : Capacité d'un indicateur à produire des résultats similaires lorsque appliqué de manière répétée à la même réalité. Trois sources principales de variabilité sont identifiables : (i) la première est la variabilité due aux différences entre observateurs, c'est la stabilité inter observateurs. Il est nécessaire de s'assurer que face à une situation identique, deux observateurs distincts auront la même interprétation, et donneront le même résultat. Les tests correspondants sont une analyse de la concordance et une analyse de Kappa ; (ii) la deuxième source de variabilité est intra-observateurs. Des facteurs tels que l'humeur d'un individu peuvent agir sur sa perception de la réalité, et causer une variabilité de l'indicateur non liée au phénomène mesuré ; (iii) la troisième cause de variabilité est liée au temps. Il faut que les mesures soient stables dans le temps. En priorité est évaluée la stabilité inter-observateur. La stabilité dans le temps est aussi évaluée sur deux campagnes (cas de la satisfaction des patients).

Reproductibilité de la mesure	
+/+	Concordance supérieure à 90% et/ou kappa supérieur à 0,7
+/-	Concordance supérieure à 80% et/ou kappa supérieur à 0,6
-/-	Concordance inférieure à 80%

- Cohérence interne (ou homogénéité interne) : Capacité d'un indicateur multi-items d'avoir des items cohérents en termes de variabilité partagée. Les items de chaque dimension doivent concerner le même phénomène. Pour la tester, on utilise l'alpha de Cronbach et/ou des analyses factorielles.

Cohérence interne	
+/+	Alpha de Cronbach compris entre 0,7 et 0,9
+/-	Alpha de Cronbach compris entre 0,5 et 0,7
-/-	Alpha de Cronbach inférieur a 0,5

Validité

L'analyse de la validité a pour fonction de déterminer si l'indicateur mesure réellement l'objectif fixé. C'est une notion assez vaste, qui possède différents aspects, à la fois qualitatifs et quantitatifs. Il est usuel de dénombrer quatre sortes de validité : la validité de face-à-face, la validité de contenu, la validité de critères et enfin la validité de structure.

© 2006 Tous droits réservés

- Validité de face à face : Capacité à observer si la compréhension de l'indicateur est partagée par tous les utilisateurs. Dans le projet COMPAQH, cet aspect est abordé dans un premier temps lors de la conception du cahier des charges (échange et validation par les professionnels). Dans un deuxième temps, cette validité est confirmée par de nouveaux échanges avec les professionnels au moment de la collecte de données et après analyse des résultats permettant une actualisation du cahier des charges.

Par exemple, pour l'indicateur « Prescription de statines dans le cadre d'un IDM », la validité de face à face pose problème dans le sens où la notion de « mise en route du traitement au décours de l'accident aigu » n'est pas interprétée de la même manière par tous les professionnels.

- Validité de contenu : Capacité à représenter toutes les dimensions d'un concept. Un indicateur peut plus ou moins représenter toutes les dimensions d'une situation clinique ou d'un phénomène analysé. Elle relève dans le cadre du projet COMPAQH de l'approche engagée en 2003 sur la sélection des indicateurs (enquête d'opinion, méthode Delphi auprès d'experts), et de l'actualisation engagée auprès des organismes professionnels lors de la conception/actualisation de l'indicateur.

Par exemple, pour l'indicateur « Prise en charge sociale », la validité de contenu pose problème : l'indicateur mesure le contact à deux reprises avec une assistante sociale, ce qui, aux yeux des professionnels, apparaît relativement restrictif de la qualité de la prise en charge sociale.

- Validité de critères : Capacité à comparer une mesure avec une autre variable extérieure au phénomène étudié (outil de référence lorsqu'il existe). Lorsque cet outil est situé dans le futur, on parle alors de validité de prédiction. Lorsque le critère est un phénomène ayant cours au même moment, la corrélation entre la mesure et le critère constitue la validité concomitante.
- Validité de structure : Capacité à structurer différents items composant l'indicateur. Cette validité est testée à l'aide de méthodes d'analyse factorielle des données, de modèles confirmatoires, de modèles structuraux, ainsi qu'à des analyses de sensibilité/spécificité.

Ajustement

L'ajustement est la capacité d'un indicateur à tenir compte des variables individuelles (par exemple, l'âge ou la gravité des patients) ou sociodémographiques.

- Biais minimum : Capacité d'un indicateur à intégrer les effets d'ajustement (caractéristiques du patient comme l'âge ou le diagnostic principal). Une manière de tester l'existence de ce biais est d'utiliser des modèles à effets aléatoires. L'utilisation d'indicateurs de processus nous permet de minimaliser les problèmes dus aux risques d'ajustement, et ce notamment grâce à l'utilisation de critères dits « universels », c'est-à-dire dont le respect s'avère indépendant des caractéristiques du patient, ou de l'environnement (caractéristiques de l'établissement ou de la région).

Un exemple de besoin d'ajustement concerne l'indicateur « Mortalité hospitalière pour les patients appartenant aux groupes homogènes de malades à faible taux de mortalité attendu ». La mesure nécessite de réaliser un modèle d'ajustement sur les caractéristiques du patient (âge, sexe, diagnostic principal, co-morbidité).

© 2006 Tous droits réservés

Biais minimum
+/+ Indicateurs ne présentant aucun biais
+/- Indicateurs présentant un biais et devant être soumis à un ajustement
-/- Indicateurs ayant démontré un biais

Pertinence

La pertinence [1] juge de la capacité de l'outil à identifier des sources d'amélioration de la qualité des soins facilement mises en œuvre. Elle se comprend au niveau des résultats comme la variabilité inter-établissement observée, ou l'importance de l'écart entre la moyenne observée sur l'échantillon et une norme de référence. Sur un autre plan, la pertinence correspond à la capacité de la mesure à générer des actions d'amélioration (ce qui implique de juger le délai de production de la mesure et la capacité à traduire le résultat en actions correctives si nécessaire).

Au niveau des résultats

- Ecart à un seuil de performance attendue : Capacité de l'indicateur à identifier une amélioration en termes de qualité liée à l'observation d'un écart important à un seuil de performance attendue. Ce seuil de performance (ou benchmark) est défini par une recommandation de pratiques professionnelles ou un texte règlementaire.

Par exemple, dans le cas de l'indicateur de pratique clinique « Prise en charge de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë », le seuil de performance retenu est 100%.

Ecart à un seuil de performance attendue
+/+ Test de comparaison de 2 moyennes significatif au seuil 5%
+/- Test de comparaison de 2 moyennes significatif au seuil 10%
-/- Test de comparaison de 2 moyennes non significatif

- Variabilité inter-établissements : Capacité à observer de la variabilité inter-établissements. Cette variabilité est jugée à travers la variance de cet indicateur, ainsi qu'au travers du calcul d'un indice de dispersion, le Gini.

Mesure de la variabilité inter-établissement
+/+ Indice de Gini < 0,2 et écart-type>1
+/- Indice de Gini >0,2 et écart-type >1
-/- Ecart-type < 1

- Interaction avec d'autres indicateurs : Capacité d'un indicateur à cibler un objectif prioritaire. Les résultats d'indicateurs corrélés avec d'autres (par exemple, entre un indicateur de processus et de résultat), donnent une lecture plus homogène de la performance d'un établissement de santé au niveau d'un des objectifs prioritaires du projet COMPAQH.

© 2006 Tous droits réservés

Interaction avec d'autres indicateurs
+/+ Indicateurs ne présentant aucune corrélation significative avec d'autres indicateurs
-/- Indicateurs présentant des corrélations significatives avec d'autres indicateurs

Au niveau des actions engagées

- Capacité à identifier des actions correctives : dans le cadre du projet COMPAQH, nous considérons qu'un indicateur de processus est préférable à un indicateur de résultat, l'identification de la cause étant plus aisée (ex : indicateurs de prise en charge de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë).
- Délai de production de la mesure : Capacité à rendre compte en temps réel du phénomène considéré (il ne s'agit pas du temps de traitement des données mais du décalage éventuel entre la période considérée et le rendu des résultats).
- Effets induits négatifs : Utilisation de l'indicateur ne conduit pas à une amélioration de la qualité. Par exemple, sur l'indicateur de délai d'attente aux urgences, une stratification par gravité des patients est nécessaire pour corriger un effet induit négatif qui aurait pour risque de gérer l'urgence d'abord en fonction du délai écoulé plutôt que de l'état du patient, on ne peut appliquer une norme (par exemple tous avant 3h d'attente depuis leur arrivée).

Effets induits négatifs
+/+ Absence
-/- Existence

© 2006 Tous droits réservés

5. EXEMPLE : MODELE DE FICHE SIGNALETIQUE

PRESENTATION DE L'INDICATEUR	
Définition	
Calcul	
Type d'indicateur	
Nature de l'indicateur	
Objectif prioritaire	
Modes de Comparaison / Classement	
FAISABILITE	
Grille faisabilité	
Évaluation charge de travail	
QUALITE METROLOGIQUE	
Fiabilité	
Stabilité	
Cohérence interne	
Validité	
Face à face	
Contenu	
Critère	
Structure	
Ajustement	
Biais minimum	
PERTINENCE	
Résultats	
Ecart à un seuil de performance attendue	
Variabilité inter-ETB	
Interaction avec d'autres indicateurs	
Actions engagées	
Capacité à identifier des actions correctives	
Délai de production de la mesure	
Absence d'effets induits négatifs	
REMARQUES	
HISTORIQUE	
GRAPHE	

© 2006 Tous droits réservés

6. REFERENCES

1. Grenier-Sennelier C., Corriol C, Daucourt V., Michel P. Minvielle E. Développement d'indicateurs de qualité dans les établissements de santé : le projet COMPAQH. *Revue d'Epidémiologie et de Santé publique*, 2005, 53 : 1S22-30.

2. Michel P, Approche métrologique des indicateurs de performance en santé [thèse de Doctorat de l'Université Victor Segalen Bordeaux2] Bordeaux, France : Université Victor Segalen Bordeaux 2 ; 2001

3 McGlynn EA, Kerr EA, Adams J, Keesey J, Asch SM. Quality of health care for women: a demonstration of the quality assessment tools system. Med Care, 2003 Jun; 41(5):616-25

4 Streiner DL, Norman GR, Health Measurement scales (2nd ed) New York: Oxford University Press; 1995

© 2006 Tous droits réservés